

KARTA OCENY PEDIATRYCZNEJ

		CENTYLE			
<i>Data urodzenia pacjenta</i>		długości /wysokości ciała	BMI	obwodu głowy	obwodu klatki piersiowej
Punktacja w skali Apgar 1'..... 10'.....					
Czas trwania ciąży HBD	Odruchy pierwotne:* <input type="checkbox"/> chwytny <input type="checkbox"/> Moro <input type="checkbox"/> stąpania <input type="checkbox"/> ssania <input type="checkbox"/> ryjkowy <input type="checkbox"/> skręcania tułowia	Odżywianie:* <input type="checkbox"/> karmienie naturalne <input type="checkbox"/> karmienie sztuczne rodzaj mieszanki mlecznej <input type="checkbox"/> karmienie mieszane <input type="checkbox"/> mieszanki lecznicze (jakie?) <input type="checkbox"/> rozszerzanie diety (co już wprowadzono?: produkty glutenowe, warzywa/owoce, zupki, żółtko, mięso, nabiał, ryby)	Rodzeństwo:		
Ciemiączko tylne:* <input type="checkbox"/> zarośnięte <input type="checkbox"/> niezarośnięte, x.....			imię	wiek	
Ciemiączko przednie:* <input type="checkbox"/> zarośnięte <input type="checkbox"/> niezarośniętex.....			
Szczepienia ochronne: <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> błonica <input type="checkbox"/> krztusiec <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae typu b (<i>Hib</i>) <input type="checkbox"/> polio <input type="checkbox"/> odra <input type="checkbox"/> świnka <input type="checkbox"/> różyczka <input type="checkbox"/> inne (jakie?)	Czynniki wpływające na rozwój dziecka: <input type="checkbox"/> choroby infekcyjne ciężarnej <input type="checkbox"/> choroby przewlekłe ciężarnej <input type="checkbox"/> cukrzyca w ciąży <input type="checkbox"/> palenie tytoniu <input type="checkbox"/> praca ciężarnej w warunkach szkodliwych <input type="checkbox"/> wiek matki <input type="checkbox"/> wiek ojca <input type="checkbox"/> porody zabiegowe	Aktywność ruchowa:			
Sposób odżywiania: <input type="checkbox"/> karmienie piersią (ile miesięcy?) <input type="checkbox"/> urozmaicenie diety <input type="checkbox"/> unikanie nadmiaru cukru, soli (np. fast-food) <input type="checkbox"/> uregulowanie (odstępów między posiłkami) <input type="checkbox"/> umiar (3-5 posiłków dziennie z uwzględnieniem apetytu i aktywności)	Sposób zasypiania: <input type="checkbox"/> zgaszone światło <input type="checkbox"/> zapalone światło <input type="checkbox"/> zapewnienie ciszy <input type="checkbox"/> przytulanka <input type="checkbox"/> obecność mamy	forma	ile min /dzień	ile razy /tydzień	
		- siedzi przed monitorem komputera/TV			
		- bawi się zabawkami			
		- siedzi – bawi się			
		- biega – bawi się			
		- leżakuje			
		- spaceruje			
		- jeździ na rowerze			
		- pływa			
		- fitness			
		- siłownia			
		- taniec, aerobic			
		- aktywność zorganizowana (w tym w-f)			
		- uprawia sport			
				
				
				

* - dotyczy pacjenta w wieku 0-24 miesięcy

KARTA OCENY PEDIATRYCZNEJ

		CENTYLE																																																						
<i>Data urodzenia pacjenta</i>	masy ciała	długości /wysokości ciała	BMI	obwodu głowy	obwodu klatki piersiowej																																																			
Punktacja w skali Apgar 1'..... 10'.....																																																								
Czas trwania ciąży HBD	Odruchy pierwotne:* <input type="checkbox"/> chwytny <input type="checkbox"/> Moro <input type="checkbox"/> stąpania <input type="checkbox"/> ssania <input type="checkbox"/> ryjkowy <input type="checkbox"/> skręcania tułowia	Odżywianie:* <input type="checkbox"/> karmienie naturalne <input type="checkbox"/> karmienie sztuczne rodzaj mieszanki mlecznej <input type="checkbox"/> karmienie mieszane <input type="checkbox"/> mieszanki lecznicze (jakie?) <input type="checkbox"/> rozszerzanie diety (co już wprowadzono?: produkty glutenowe, warzywa/owoce, zupki, żółtko, mięso, nabiał, ryby)	Rodzeństwo:																																																					
Cięmiączko tylne:* <input type="checkbox"/> zarośnięte <input type="checkbox"/> niezarośnięte, x.....			imię	wiek																																																				
Cięmiączko przednie:* <input type="checkbox"/> zarośnięte <input type="checkbox"/> niezarośniętex.....																																																						
Szczepienia ochronne: <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> błonica <input type="checkbox"/> krztusiec <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae typu b (<i>Hib</i>) <input type="checkbox"/> polio <input type="checkbox"/> odra <input type="checkbox"/> świnka <input type="checkbox"/> różyczka <input type="checkbox"/> inne (jakie?)	Czynniki wpływające na rozwój dziecka: <input type="checkbox"/> choroby infekcyjne ciężarnej <input type="checkbox"/> choroby przewlekłe ciężarnej <input type="checkbox"/> cukrzyca w ciąży <input type="checkbox"/> palenie tytoniu <input type="checkbox"/> praca ciężarnej w warunkach szkodliwych <input type="checkbox"/> wiek matki <input type="checkbox"/> wiek ojca <input type="checkbox"/> porody zabiegowe	Aktywność ruchowa:																																																						
Sposób odżywiania: <input type="checkbox"/> karmienie piersią (ile miesięcy?) <input type="checkbox"/> urozmaicenie diety <input type="checkbox"/> unikanie nadmiaru cukru, soli (np. fast-food) <input type="checkbox"/> uregulowanie (odstępów między posiłkami) <input type="checkbox"/> umiar (3-5 posiłków dziennie z uwzględnieniem apetytu i aktywności)	Sposób zasypiania: <input type="checkbox"/> zgaszone światło <input type="checkbox"/> zapalone światło <input type="checkbox"/> zapewnienie ciszy <input type="checkbox"/> przytulanka <input type="checkbox"/> obecność mamy	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">forma</th> <th style="width: 20%;">ile min /dzień</th> <th style="width: 20%;">ile razy /tydzień</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- siedzi przed monitorem komputera/TV</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- bawi się zabawkami</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- siedzi – bawi się</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- biega – bawi się</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- leżakuje</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- spaceruje</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- jeździ na rowerze</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- pływa</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- fitness</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- siłownia</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- taniec, aerobic</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- aktywność zorganizowana (w tym w-f)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- uprawia sport</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>....</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				forma	ile min /dzień	ile razy /tydzień	- siedzi przed monitorem komputera/TV			- bawi się zabawkami			- siedzi – bawi się			- biega – bawi się			- leżakuje			- spaceruje			- jeździ na rowerze			- pływa			- fitness			- siłownia			- taniec, aerobic			- aktywność zorganizowana (w tym w-f)			- uprawia sport				
forma	ile min /dzień	ile razy /tydzień																																																						
- siedzi przed monitorem komputera/TV																																																								
- bawi się zabawkami																																																								
- siedzi – bawi się																																																								
- biega – bawi się																																																								
- leżakuje																																																								
- spaceruje																																																								
- jeździ na rowerze																																																								
- pływa																																																								
- fitness																																																								
- siłownia																																																								
- taniec, aerobic																																																								
- aktywność zorganizowana (w tym w-f)																																																								
- uprawia sport																																																								
.....																																																								
.....																																																								
....																																																								
Dziecko uczęszcza do: <input type="checkbox"/> żłobka <input type="checkbox"/> przedszkola <input type="checkbox"/> szkoły podstawowej <input type="checkbox"/> gimnazjum <input type="checkbox"/> liceum/technikum <input type="checkbox"/> szkoły zasadniczej zawodowej <input type="checkbox"/> szkoły specjalnej <input type="checkbox"/> nauczanie indywidualne																																																								

* - dotyczy pacjenta w wieku 0-24 miesięcy